

Service social



La prévention et l'éducation sexuelle au regard du sida : crise des valeurs et des mesures

André Dupras

Volume 45, numéro 1, 1996

Le sexuel et le relationnel

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/706715ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/706715ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dupras, A. (1996). La prévention et l'éducation sexuelle au regard du sida : crise des valeurs et des mesures. *Service social*, 45(1), 61–78.
<https://doi.org/10.7202/706715ar>

Résumé de l'article

Le succès mitigé de l'éducation sexuelle préventive révèle la présence d'une crise de la prévention du sida. Les limites des actions préventives et leurs effets pervers seraient redevables à une conception réductrice, mécanique et normalisante de la sexualité. Une seconde approche est proposée afin de sortir de la crise et de renouveler les stratégies de prévention. Elle préconise une vision globalisante et positive de la sexualité axée sur la conquête d'une plus grande autonomie sexuelle.

La prévention et l'éducation sexuelle au regard du sida : crise des valeurs et des mesures

André DUPRAS
Professeur
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

À la IV^e Conférence internationale sur le sida, tenue à Stockholm en 1988, le D^r Jonathan Mann (Mann et Kay, 1988), alors responsable du Programme sida à l'Organisation mondiale de la santé, invitait les participants œuvrant dans les milieux de la santé, des services sociaux et scolaires à se mobiliser pour lutter contre cette épidémie. L'information et l'éducation étaient considérées comme les deux principaux moyens pour prévenir l'infection au VIH. Quatre ans plus tard, le D^r Mann (Mann *et al.*, 1992), alors professeur à l'université de Harvard, publia un

Communication présentée à la 1^{re} Journée européenne « Éducation sexuelle et prévention sida », Grenoble, 26 novembre 1994.

volumineux rapport sur le sida dans le monde. Il y constatait que l'épidémie globale est hors de contrôle et que la prévention est un échec global même si, dans certains secteurs, des succès ont été acquis.

Le sida est devenu une épidémie encore plus menaçante parce qu'on n'arrive plus à la contrôler. Des mécanismes de prévention, comme l'information et l'éducation, qui s'étaient montrés jusque-là profitables, ne sont plus suffisants. Le sida aurait provoqué une situation de crise caractérisée par une absence de solution efficace. Le constat d'échec de la prévention rapporté dans des écrits scientifiques commence à faire la manchette des journaux et des revues. Ainsi, un magazine américain, *The Atlantic Monthly*, a annoncé sur sa page couverture « The Failure of Sex Education » (Whitehead, 1994). Cette nouvelle déconcertante risque de susciter un émoi considérable dans la population qui pourrait perdre confiance dans les institutions responsables de prévenir le sida et pourrait réclamer des mesures radicales pour contrôler sa propagation. Pour éviter cette réaction de panique, on essaie de rassurer la population en affirmant que des approches préventives ont donné de bons résultats et qu'il faut poursuivre nos efforts pour améliorer les programmes actuels ou en concevoir des meilleurs.

Au point de départ, l'objectif de la prévention paraissait clair et fort simple : « Il n'y a actuellement qu'une alternative dans le domaine de la sexualité : la fidélité ou le préservatif pour l'ensemble de la population » (Got, 1989 : 34). La mise en œuvre des programmes de recherche et d'intervention a vite fait apparaître la multiplicité et la complexité des facteurs de risque d'infection par le virus du sida. De plus, la résistance au changement de comportement sexuel et à l'utilisation du préservatif s'est avérée plus forte qu'on ne l'avait imaginé. Cette situation de crise de la prévention du sida révèle la présence d'une caractéristique fondamentale de la crise selon Edgar Morin (1976 : 156), soit la double contrainte (*double-bind*) : « [...] c'est-à-dire double coïncement où le système coincé entre deux exigences contraires est paralysé, perturbé et dérégulé ». L'analyse des études portant sur les déterminants psychosociaux des comportements à risque renvoie à des univers de pensée qui se confrontent et parfois se conjuguent. Le présent texte exposera ces visions de la prévention du sida en montrant en quoi elles sont responsables de la crise actuelle et proposera des pistes de réflexion et d'action pour s'en sortir.

CHANGER LE COMPORTEMENT OU LA PERSONNE?

Devant l'urgence d'intervenir pour sauver des vies, les campagnes d'information et d'éducation ont mis l'accent sur la nécessité de changer les comportements sexuels à risque. Les premières enquêtes sociologiques ont voulu vérifier si ces messages étaient bien reçus par la population et identifier les lieux de résistance aux changements. Le plus souvent, les chercheurs ont utilisé l'approche « Connaissances–Attitudes–Comportements » à l'égard de la sexualité et du sida, afin d'obtenir un portrait de la situation. L'étude que nous avons menée, en 1987, auprès d'un échantillon de Montréalais (Dupras *et al.*, 1989) était fondée sur ce modèle et nous a permis de constater le niveau très élevé des connaissances sur le sida, une attitude généralement positive à l'égard des personnes infectées par le virus du sida et une diminution de certains comportements à risque chez les répondants qui avaient des partenaires multiples; il n'en restait pas moins que l'utilisation du préservatif demeurait faible. Il s'agissait alors de poursuivre des recherches pour connaître les déterminants des comportements sexuels à risque.

L'engagement des chercheurs en sciences humaines dans des études psychosociologiques sur les changements de comportements à risque faisait écho à l'invitation de l'Organisation mondiale de la santé (1989) à élaborer et mettre à l'épreuve des modèles psychosociaux de modification des comportements sexuels non sécuritaires. Les résultats de ces études devaient permettre d'établir les objectifs, le contenu et les stratégies d'apprentissage destinés à modifier les comportements sexuels à risque. Un certain nombre de modèles de changement de comportement humain avaient été élaborés en psychosociologie. L'application de ces modèles a permis d'identifier des facteurs reliés aux conduites d'exposition au risque. Abraham et Sheeran (1994), de même que Moatti *et al.* (1993), ont présenté des bilans de ces travaux. Nous allons nous en inspirer pour illustrer le degré d'efficacité de deux modèles, largement utilisés, pour identifier les déterminants psychosociaux des comportements sexuels à risque chez les jeunes.

Le « Health Belief Model » ou modèle des croyances relatives à la santé constitue une référence importante pour comprendre et modifier les comportements liés à la santé. Ce modèle (Janz et Becker, 1984) considère que deux déterminants contribuent à la prise de décision de se protéger contre l'infection au

VIH: a) la perception d'une menace pour la santé, c'est-à-dire la conscience de la gravité du sida et de la possibilité d'être soi-même infecté; b) la croyance en l'efficacité de l'action préventive comme la perception du bénéfice du *safer sex* (la sexualité à moindre risque) et en la capacité d'en supporter les coûts (financiers, psychologiques, etc.). Les travaux ayant intégré ce modèle dans leur devis de recherche n'ont pas réussi à démontrer son rôle prédictif de premier plan pour l'adoption des comportements sexuels sécuritaires. Les expériences antérieures (avoir ou ne pas avoir fait usage du préservatif) se sont révélées plus puissantes à prédire le recours à des mesures préventives que la perception d'être susceptible d'être infecté par le virus du sida.

Le deuxième modèle, nommé la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977), explique l'adoption d'un comportement sexuel sécuritaire à partir de deux croyances: a) la croyance en l'efficacité du sexe sécuritaire (*safe sex*) et de l'utilisation du préservatif pour éviter d'être infecté par le virus du sida; b) la croyance en l'efficacité personnelle à pratiquer le sexe sécuritaire et à utiliser un préservatif. Les croyances en l'efficacité se sont avérées des prédicteurs puissants des pratiques sexuelles sécuritaires et de l'utilisation du préservatif. Les chercheurs utilisant le modèle des « croyances relatives à la santé » ou un autre modèle insèrent souvent dans leur devis les deux dimensions de la théorie sociale cognitive. Nous avons pu confirmer l'utilité de ce modèle dans une recherche portant sur la perception des élèves à l'endroit des distributeurs de préservatifs dans les écoles secondaires (Thabet *et al.*, 1994). L'étude a démontré que la croyance en son efficacité personnelle à utiliser un distributeur de préservatifs est déterminée par sa croyance en son efficacité personnelle à contrôler différentes situations sexuelles et à utiliser un préservatif en plus de la croyance en l'efficacité de l'usage du condom pour se protéger contre l'infection au VIH. Ces résultats démontrent l'importance de favoriser chez les jeunes le développement d'une auto-efficacité perçue de façon plus générale, notamment à l'égard de la sexualité et de l'usage du préservatif, de manière qu'ils se sentent capables d'adopter un comportement aussi spécifique que d'utiliser un distributeur de préservatifs.

Les recherches psychosociales ont permis d'orienter les actions préventives et de les rendre plus performantes. D'après l'évaluation des programmes d'éducation sexuelle préventive aux États-Unis, réalisée par Kirby *et al.* (1994), les programmes

scolaires les plus efficaces pour réduire les comportements sexuels à risque possèdent les caractéristiques suivantes :

1. Les théories de l'apprentissage social constituent les fondements du programme.
2. Ces programmes visent l'atteinte d'objectifs comportementaux spécifiques.
3. La pédagogie de ces programmes est basée sur l'utilisation de méthodes actives (activités expérientielles) pour assimiler les connaissances essentielles et appropriées.
4. Les contenus de ces programmes tiennent compte des influences sociales et médiatiques sur le comportement sexuel.
5. Ces programmes renforcent les valeurs et les normes précises qui contribuent à l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires.
6. Ces programmes mettent l'accent sur le modelage et sur l'acquisition d'habiletés à la communication et à la négociation entre partenaires sexuels.

La mise à l'épreuve des modèles et leur évaluation par des critères positivistes vont probablement conduire à trouver le meilleur modèle ou un modèle général qui tienne compte des principaux déterminants de l'adoption des comportements sexuels sécuritaires. Si des chercheurs en médecine s'évertuent à trouver le vaccin qui protégera contre l'infection ou le médicament qui traitera les personnes infectées, d'autres chercheurs en psychosociologie et en éducation sont à la recherche d'un métamodèle qui sera composé des principaux déterminants de l'adoption des comportements sexuels sécuritaires. Ce métamodèle sera probablement établi à partir d'une démarche de validation et impliquera un processus de réduction du comportement sexuel à deux ou à trois composantes.

Malgré leur utilité, on peut déplorer que les modèles psychosociaux adoptent une vision réductrice du comportement sexuel. La sexualité humaine comprend plusieurs dimensions en interaction constante, soit biologique, psychologique, sociologique et culturelle. Ces dimensions ne sont pas toutes prises en considération dans ces modèles. D'ailleurs, les résultats de ces études psychosociologiques fournissent peu d'information sur le comportement sexuel en soi. On cherche plus à transformer la

sexualité qu'à la comprendre et à l'analyser. En empruntant les modèles psychosociaux qui furent utilisés pour modifier des comportements reliés à la santé (prévention du tabagisme ou des maladies cardiovasculaires), on postule que le comportement sexuel fait partie de cette même famille de comportements et partage les mêmes caractéristiques. Cette façon de penser conduit à banaliser la sexualité, voire à déssexualiser le comportement à risque. L'échec prédictif de certains modèles et de certains programmes d'éducation témoigne de la différence et de la particularité du comportement sexuel. On découvre ainsi qu'il n'est pas réductible aux comportements que l'on retrouve dans le domaine de la santé.

Le manque d'intérêt pour analyser le comportement sexuel viendrait peut-être de la volonté de s'immiscer le moins possible dans la sphère du privé, de rester à la surface de la sexualité et du corps. On se méfie, avec raison, de l'ingérence des acteurs sociaux dans l'intimité sexuelle pour la contrôler et la policer. Il n'est pas nécessaire de reculer loin dans l'histoire pour trouver des exemples du contrôle social exercé sur la sexualité. La pathologisation de l'homosexualité en est un cas flagrant. On en tire la leçon qu'il s'avère préférable de se limiter au comportement sain et à l'usage du préservatif. En contrepartie, on postule que la prévention du sida n'est ni contrôlante, ni normalisante. L'étude de certaines approches éducatives prouve le contraire. En fondant son action sur la théorie de l'apprentissage social, on considère l'individu comme capable de modifier consciemment ses comportements sexuels à risque en fonction d'une démarche rationnelle qu'on lui propose de suivre. Les comportements sexuels à risque seraient du domaine des pulsions, des fantasmes, des affects non maîtrisés et non contrôlés. L'éducation préventive viendrait rendre maîtrisable et contrôlable ce qui ne l'était pas. On voudrait ainsi que la sexualité quitte le monde du désordonné et de l'indéfinissable pour habiter le monde de l'ordonné et du définissable. L'éducation préventive devient un révélateur de la gestion moderne de la sexualité guidée par la rationalité et la lucidité. Il s'avère primordial de dépandre l'éducation préventive de ce paradigme, non pas en le réfutant, mais plutôt en l'élargissant, en le dynamisant, en le contextualisant. Prévenir ne consiste pas seulement à apprendre un nouveau comportement sexuel, c'est aussi comprendre le comportement que l'on veut changer.

EFFETS BÉNÉFIQUES OU PERVERS DU PRÉSERVATIF ?

Le préservatif s'est vite révélé le moyen le plus efficace pour se prémunir contre une éventuelle transmission sexuelle du VIH. En matière de prévention du sida, le comportement sain consiste à utiliser un préservatif. On laisse entendre que la « sexualité à moindre risque » et l'utilisation du préservatif n'engendrent que des effets bénéfiques, qu'ils sont faciles à assumer et à mettre en pratique, que tout le monde peut et devrait s'y conformer sans difficulté. L'adoption d'un comportement sain en matière de sexualité s'est révélée plus difficile qu'on ne se l'imaginait. Une enquête québécoise menée auprès d'une population âgée de 15 à 29 ans (Santé Québec, 1992 : 62) rapporte que « [85 % des personnes actives sexuellement] ont déjà utilisé le condom à une occasion au moins. Par contre, ces jeunes ont abandonné son utilisation dans une proportion de 41 % ». Les résistances à l'adoption des comportements sexuels sains se manifestent dans le constat d'échec de plusieurs programmes d'éducation sexuelle visant à faire adopter des comportements sexuels sécuritaires chez les jeunes (Drolet, 1989 ; Visser et van Bilsen, 1994).

Les efforts exigés pour protéger sa santé, ne pas courir de risque dans ses activités sexuelles seraient peut-être perçus comme une menace à la santé mentale et sexuelle. Une étude effectuée à l'Université du Michigan par Jill Joseph et son équipe (1989) révèle que le comportement sexuel à risque est un prédicteur d'une meilleure santé mentale ; cela suppose qu'il existerait des avantages psychologiques à maintenir un comportement à risque et un prix à payer pour le modifier. Le peu d'études sur les effets psychologiques et sexologiques du « sexe sécuritaire » (*safe sex*) laisse présupposer qu'on ne s'intéresse pas beaucoup à cette question, que les effets sont négligeables ou à négliger ; on dénie les sentiments de contraintes vécus et les difficultés éprouvées pour se conformer au « sexe sécuritaire ».

En effet, des indices révèlent que le « sexe sécuritaire » impose des limites, suppose des renoncements et engendre des frustrations. L'enquête canadienne, menée auprès d'hommes gais et bisexuels (Myers *et al.*, 1993), rapporte que la majorité des hommes, soit 55,6 %, ont répondu que leurs anciennes activités sexuelles leur manquaient. La relation suivante fut observée : plus les hommes avaient modifié leur comportement, plus leurs anciennes activités leur manquaient. L'enquête menée en France par Michael Pollak (1989) donne des résultats semblables :

22 % des répondants homosexuels regrettent la spontanéité du passé et 23 % font état de manques et de frustrations qui, dans certains cas, vont jusqu'à la difficulté d'érection et d'éjaculation.

L'adoption d'un « comportement sain » peut entraîner une perturbation de la santé sexuelle. Le préservatif est perçu par plusieurs comme un objet qui vient limiter la relation sexuelle, diminuer la spontanéité et le plaisir. Pour préserver leur santé mentale et sexuelle, des personnes refuseraient d'utiliser le préservatif. Son usage leur rappelle le risque du sida et fait resurgir la crainte et l'anxiété qui peuvent avoir un effet perturbateur sur la sexualité. Une étude menée auprès d'une population d'hommes homosexuels (Dupras et Dionne, 1994) nous a permis de constater que l'anxiété face à la mort était reliée à une perturbation des réactions psychosexuelles, notamment l'anxiété sexuelle, la dépression sexuelle et la peur de la sexualité; de plus, le score d'anxiété devant la mort se révélait plus élevé chez les répondants ayant éprouvé une dysfonction sexuelle. Il semblerait que la détérioration de la santé sexuelle soit le prix que doivent payer certaines personnes pour se prémunir contre le virus du sida.

La prévention du sida entrerait parfois en contradiction avec un projet d'éducation sexuelle qui se donne pour finalité de promouvoir la santé sexuelle. L'Organisation mondiale de la santé a proposé la définition suivante de la santé sexuelle : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisé selon les modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour » (OMS, 1975 : 6). L'OMS précise également les trois conditions fondamentales de la santé sexuelle : « 1) être capable de jouir, en ayant la pleine maîtrise d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle ; 2) être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle ; 3) être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices » (OMS, 1975 : 7).

Ainsi, certaines personnes n'arrivent pas à intégrer la « sexualité à moindre risque » et l'usage du préservatif d'une manière épanouissante dans leur vécu sexuel. Au lieu de les blâmer ou de leur reprocher leur manque de flexibilité, il s'avère plus opportun de contextualiser la résistance à utiliser un préservatif

pour mieux comprendre les conflits suscités par son utilisation. L'étude menée par Anitra Pivnick (1993) auprès de femmes africaines et latino-américaines, utilisatrices de drogues par injections intraveineuses, révèle que le refus de porter un préservatif correspond à un désir de ne pas affaiblir le lien conjugal, de préserver leur identité féminine, ne pas évoquer le spectre de la maladie, de mourir ensemble. Les résultats de cette étude témoignent du fait que les conflits engendrés par l'utilisation du préservatif impliquent plusieurs composantes de l'union conjugale qui s'inscrivent dans des structures culturelles et sociales. La prévention du sida demande à des personnes d'introduire des mesures de protection dans leur univers sexuel, construit socialement, qui risque de perturber sérieusement leur vie personnelle, interpersonnelle et sociale. La dysfonction sexuelle serait une manifestation d'une incapacité à résoudre des conflits engendrés par l'adoption d'une sexualité à moindre risque. À la lumière de ces considérations, prévenir ne signifie pas seulement se préparer à la spontanéité, mais aussi se préparer à une activité sexuelle épanouissante.

RECOUVRIR LE SEXE OU DÉCOUVRIR LA SEXUALITÉ?

L'emploi correct du préservatif constitue le comportement sain fortement recommandé dans les programmes d'éducation préventive en matière de sida. Pour réaliser cet objectif, il faut répertorier les barrières à son utilisation et trouver des moyens pour les abolir. L'enquête Santé Québec (1992) a permis d'identifier quatre facteurs favorisant l'utilisation du préservatif : la requête du partenaire, la disponibilité, son utilisation par les gens et le coût. Il devient alors important de rendre le préservatif accessible aux jeunes ; parmi les moyens d'action, on retrouve l'installation des distributeurs de préservatifs dans les écoles. Act Up-Paris (1994 : 289-290) en a fait son cheval de bataille :

Act Up-Paris a fait de la mise en place de distributeurs de préservatifs dans tous les établissements scolaires son fer de lance dans cette lutte. Parce que la présence de préservatifs dans une école est une façon de rappeler en permanence aux jeunes qu'ils doivent se protéger, même s'ils préfèrent se fournir en préservatifs dans des lieux plus discrets et moins exposés aux regards de leurs camarades ou de leur proviseur.

Une étude réalisée auprès des élèves de niveau collégial (Vermette *et al.*, 1991) confirme ce point de vue. En effet, une faible proportion d'élèves aurait utilisé les distributeurs de préservatifs. Les doutes sur la qualité du produit et la gêne d'en acheter seraient les deux principales raisons évoquées pour justifier la non-utilisation des distributeurs. Par contre, en moyenne un garçon sur quatre et une fille sur huit ont indiqué que la présence des distributeurs de préservatifs aurait stimulé leur désir de se protéger des MTS et du VIH, et les aurait influencés dans l'adoption de mesures préventives.

Devant l'urgence de se protéger contre l'infection au VIH, l'éducation à la sexualité doit participer à la prévention des maladies transmises sexuellement, notamment en appuyant les projets d'installation de distributeurs de préservatifs à l'école et en encourageant les jeunes à les utiliser. À notre avis, l'éducation à la sexualité doit comprendre une composante prophylactique sans être réduite à un projet hygiénique. D'ailleurs, une approche préventive strictement centrée sur la promotion du préservatif peut être un obstacle à l'atteinte d'un objectif fondamental de l'éducation à la sexualité qui est : « la recherche d'un sens de sa sexualité et la volonté d'en réaliser l'exercice dans sa propre vie, selon des modes choisis en accord avec l'ensemble de son projet humain personnel » (Samson, 1981 : 391).

En exhortant les jeunes, et les moins jeunes, à utiliser le préservatif, on leur propose une solution technique pour se protéger et protéger l'autre d'un risque d'infection. Leur responsabilité ne consiste pas à trouver une solution, mais à adopter celle qu'on leur recommande et à la mettre en application. On ne leur demande pas de remettre en question leur sexualité ou celle de l'autre, mais d'appliquer efficacement une technique. Tout un appareillage technologique sera déployé pour reprogrammer leur sexualité. En procédant ainsi, on risque de transmettre le message que la sexualité est de nature technique et que ses problèmes peuvent être surmontés par la technique. On peut même faire appel à la sexologie pour amplifier la composante technologique de l'intervention préventive. La sexologie est effectivement perçue par plusieurs comme la science de la mécanique sexuelle ; pour désigner des troubles du fonctionnement sexuel, il n'est pas rare de se référer à la mécanique comme l'expression « être en panne de désir ». Cette représentation du corps-machine se retrouve dans les programmes de prévention du sida. Desaulniers (1994 : 265) a analysé les représentations sociales du corps dans quelques-uns de ces programmes, pour remarquer que :

Au point de vue biologique, c'est le corps-machine qui a la belle part, en conformité avec la société industrielle actuelle axée sur le rendement, l'efficacité et la performance ; le condom s'impose comme moyen efficace et réaliste. Une telle approche laisse peu de place à l'erreur, à l'affectivité, à l'imaginaire, éléments pourtant associés par les jeunes eux-mêmes à leur vie sexuelle.

La prévention du sida nourrit l'idée d'une utilisation mécanique du corps en exhortant à se préserver par un moyen technique. Cette solution technologique serait garante d'une protection efficace contre le VIH et d'une sexualité saine. La remise en question de la rationalité technicienne qui se retrouve dans des programmes de prévention du sida se décèle dans les témoignages des personnes infectées par le virus du sida. Une analyse des propos d'un groupe d'hommes homosexuels séropositifs (Dupras et Morisset, 1992) nous a permis de constater que la séropositivité pouvait conduire à une remise en question de la sexualité fonctionnelle et à la recherche d'un nouveau sens à donner à la sexualité. Ces hommes ont mentionné qu'avant de connaître le résultat de leur test, la rencontre sexuelle prenait souvent une allure compulsive et constituait la voie d'accès privilégiée à la quête de sensations. Après le diagnostic de séropositivité, ils ont tendance à délaisser des comportements sexuels spectaculaires, pleins d'artifices, brûlants et violents pour préconiser plutôt des activités sexuelles tendres et calmes, où les gens sont vrais et sincères. Ils ressentent davantage le besoin d'une rencontre significative où il pourra y avoir échange d'affection, découverte de soi et de l'autre. Avant de connaître leur séropositivité, aller draguer un partenaire sexuel prenait souvent la forme d'une chasse en sachant utiliser des leurres, d'une conquête en se dissimulant sous un masque, d'une séduction par le paraître et la dissimulation, stratégies qu'a très bien décrites Baudrillard (1979). Depuis qu'ils se savent séropositifs, la rencontre avec l'autre s'est modifiée. Au lieu de séduire et d'être séduits par le paraître, ils cherchent davantage à séduire par l'être que l'on découvre dans le dialogue et qu'on reconnaît. Il ne s'agit plus de faire une conquête afin de vivre le désir sexuel par une effervescence de sensations, mais de procéder à une quête de sens et de signes de vie. Cela implique de voir l'autre autrement : non plus comme un objet à posséder mais comme un sujet à découvrir.

Le récit de la transformation du sens de la sexualité chez les hommes homosexuels séropositifs n'a pas pour but de proposer

un nouveau code amoureux, mais plutôt de suggérer une approche préventive complémentaire au changement de comportement sexuel fondée sur la théorie de l'interactionnisme symbolique. Selon Simon et Gagnon (1986), la conduite sexuelle humaine serait élaborée et scénarisée au cours d'expériences personnelles et interpersonnelles dans des contextes culturels spécifiques, éléments auxquels l'individu attribue une signification particulière. Selon cette perspective, les hommes infectés par le virus du sida auraient révisé et remodelé leurs scénarios sexuels à partir de nouveaux événements biographiques (par exemple, le diagnostic de séropositivité ou les maladies opportunistes), d'une altération de leur identité personnelle et de la transformation de leurs relations interpersonnelles. La démarche suivie par les personnes séropositives pourrait être proposée aux jeunes. Le cadre pédagogique qu'on pourrait adopter est celui que préconisent Gaudreau *et al.* (1994), qui consiste à mettre l'accent sur le fait d'inciter les jeunes à trouver eux-mêmes leur réponse personnelle au risque du sida. Ces derniers seraient encouragés à construire leur façon de composer avec le sida à partir de leurs perceptions, de leurs scénarios sexuels, de leurs fantasmes pour les confronter, les déstabiliser et les réorganiser dans un processus d'interaction avec de multiples réalités. Selon ces nouvelles perspectives, il devient possible de dégager une nouvelle orientation de la prévention. Prévenir ne signifie plus seulement modifier des comportements sexuels, mais également modifier son rapport à la sexualité.

ÊTRE RESPONSABLE OU ÊTRE AUTONOME ?

Les campagnes de prévention font appel au sens des responsabilités de la population afin d'enrayer l'épidémie du sida. Elles tentent d'obtenir l'accord des membres de la population pour les convaincre de limiter leurs activités sexuelles à des comportements sécuritaires. Ainsi, chaque individu a le devoir d'autocontrôler ses pulsions sexuelles afin d'éviter des comportements à risque d'infection au VIH. La prévention du sida ne relève pas de quelques spécialistes : il est de la responsabilité de tous et chacun d'adopter des comportements sains dans leur vie privée, comme l'utilisation du préservatif.

Le sida a permis l'émergence d'une nouvelle morale sexuelle et amoureuse qui a pris la forme d'une prescription du préservatif.

Au Québec, une affiche promotionnelle du préservatif annonçait clairement cette nouvelle norme sexuelle : « Sans condom, c'est non ! ». Si la population obéit à ce mot d'ordre, l'individu démuni (sans préservatif) pourra épuiser tous ses arguments, il ne réussira pas à convaincre l'autre de s'engager dans une relation sexuelle non protégée. La « sexualité à moindre risque » est devenue une nouvelle norme sociale de santé sexuelle pour juguler la menace du sida. La valorisation du devoir d'utiliser un préservatif a remplacé le devoir d'orgasme qui était prescrit durant les années 70 (Béjin, 1990).

La prévention du sida vient réglementer la jouissance sexuelle. Les pratiques et les activités sexuelles sont assainies par des prescriptions à réduire le nombre de ses partenaires sexuels, à abandonner certaines pratiques sexuelles dangereuses (contact entre les muqueuses) et à utiliser le préservatif. On responsabilise et culpabilise la population à partir d'actions pédagogiques fondées sur l'intériorisation des normes idéales de santé sexuelle. Ainsi, une personne qui aurait « flanché » et « craqué » au cours d'une activité sexuelle, qui n'arrive pas à se conformer à la nouvelle norme sexuelle se sentira coupable et aura tendance à se déprécier.

La présence de normes sexuelles permet d'établir des limites qu'il faut respecter ou que l'on dépasse à nos risques et périls. Les nouveaux « déviants sexuels » seraient ceux qui refuseraient ces normes sanitaires, qui adopteraient des styles de vie en privilégiant la recherche du plaisir et la réalisation de ses potentialités érotiques au risque de mettre en danger leur propre existence. Ces déviants seraient des impulsifs et des aventureux qui osent fonctionner hors des normes sécuritaires : ils fument, consomment des boissons alcoolisées et de la drogue, ont plusieurs partenaires sexuels, n'utilisent pas le préservatif, n'attachent pas leur ceinture dans une automobile (Clift *et al.*, 1993 ; Kraft et Rise, 1994 ; Stein *et al.*, 1994 ; Uitenbroek, 1994). Dans une étude réalisée auprès des étudiants universitaires (Lévy *et al.*, 1993), nous avons obtenu des résultats semblables : l'utilisation de drogue et d'alcool lors des relations sexuelles, la recherche de sensations fortes et l'âge relativement précoce de la première relation sexuelle coïtale constituent des facteurs qui prédisent l'adoption de comportements sexuels à risque.

La nouvelle déviance sexuelle se définit par une transgression des normes sanitaires et l'adoption de modes de vie sexuelle reconnus comme potentiellement dangereux pour l'individu et

la collectivité. Ces déviants deviennent la cible privilégiée de l'éducation préventive. Mais quel enseignement peut-on tirer de cette déviance sexuelle ? Le style de vie sexuelle qui comprend des prises de risques emprunte de multiples détours pour accéder à la jouissance en refusant les carcans issus de la morale sexuelle. La déviance sexuelle révèle le projet moralisateur de l'éducation préventive qui impose de nouvelles normes de vie sexuelle, qui marque du sceau de l'interdit les comportements à risque. Elle impose des règles d'hygiène sexuelle dans le but de régulariser la vie sexuelle, de constituer de bonnes habitudes sexuelles. En ce sens, certaines campagnes de prévention du sida peuvent être un obstacle à un projet d'éducation sexuelle qui se donne comme fin ultime la conquête de l'autonomie sexuelle. Une personne est autonome sur le plan de la sexualité quand elle n'est pas plus prisonnière de ses pulsions sexuelles qu'elle ne l'est de ses habitudes sexuelles. L'éducation sexuelle doit viser non pas à lier les jeunes par des mises en forme de leur sexualité, mais à les délier pour donner une existence autonome à leur sexualité.

L'approfondissement de la notion d'autonomie sexuelle pourrait bénéficier des réflexions et des actions axées sur l'*empowerment* (le renforcement du potentiel des personnes) des femmes à contrôler leur vie sexuelle. L'idée d'*empowerment* suggère que les femmes sont capables de négocier avec leurs partenaires leurs activités sexuelles et leur sécurité si les rapports de pouvoir entre les sexes sont modifiés. Selon Holland *et al.* (1992), l'*empowerment* sexuel des femmes, comme processus, implique les démarches suivantes : être capable de refuser une activité sexuelle ; ne pas s'engager dans une relation sexuelle à laquelle on n'a pas donné son consentement ; obtenir l'accord du partenaire pour la pratique d'activités sexuelles sécuritaires ; négocier des pratiques sexuelles qui sont plaisantes aussi bien pour elles-mêmes que pour leur partenaire ; explorer la sexualité d'une manière indépendante ; développer un moi sexuel autonome. Cette approche propose une conception positive de la sexualité de la femme qui cherche à remplacer le modèle patriarcal de la femme passive et soumise. Elle a conduit à l'élaboration de modèles d'éducation préventive du sida utilisant l'*empowerment* à titre d'objectif principal et de processus intégrateur (Levine *et al.*, 1993). La valorisation de l'autonomie sexuelle vient modifier les visées de l'éducation sexuelle préventive. Prévenir, ce n'est plus seulement se procurer un préservatif, c'est aussi s'approprier sa sexualité.

CONCLUSION

Le désenchantement à l'égard de la prévention du sida et la critique des approches éducatives qui s'en inspirent conduisent à préconiser la nécessité de penser la sexualité et de faire l'éducation sexuelle autrement. La confiance en l'éducation sexuelle s'est amoindrie : elle a été et continue d'être avant tout un élément conservateur qui transmet des valeurs sexuelles traditionnelles et qui consolide l'ordre sexuel existant. Il devient alors important d'aider les jeunes à s'immuniser non seulement contre le virus du sida, mais aussi contre les idéologies sexuelles réfractaires à l'examen critique des valeurs et des normes sexuelles qu'elles prônent.

La crise actuelle de l'éducation sexuelle et la prévention du sida sont des révélateurs de ce qui était caché et latent, de même que des stimulants pour amorcer une démarche de changement. L'éducation sexuelle préventive s'articule trop souvent autour d'une conception de la sexualité comme problème d'hygiène sexuelle. Les interventions éducatives sont alors conçues comme des instruments de normalisation sexuelle et de contrôle social de la sexualité. Une autre perspective est envisageable ; concevoir la sexualité d'une manière positive en matière de santé sexuelle à acquérir et à sauvegarder. Cette deuxième conception élargit le champ de l'éducation sexuelle et libère son contenu des schémas normatifs de la sexualité pour les remplacer par une recherche de sens à donner à la sexualité, d'une autonomie sexuelle à conquérir.

Références bibliographiques

- ABRAHAM, C. et P. SHEERAN (1994). « Modelling and Modifying Young Heterosexuals' HIV-Preventive Behaviour : A Review of Theories, Findings and Educational Implications », *Patient Education and Counseling*, vol. 23, n° 3 : 173-186.
- ACT-UP PARIS (1994). *Le Sida. Combien de divisions*. Paris : Éditions Dagorno.
- BANDURA, A. (1977). « Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change », *Psychological Review*, vol. 84, n° 2 : 191-215.

- BAUDRILLARD, J. (1979). *De la séduction*. Paris : Galilée.
- BÉJIN, A. (1990). *Le Nouveau Tempérament sexuel*. Paris : Kimé.
- CLIFT, S.M., J.C. WILKINS et E.A.F. DAVIDSON (1993). « Impulsiveness, Venturesomeness and Sexual Risk-Taking among Heterosexual GUM Clinic Attenders », *Personal and Individual Differences*, vol. 15, n° 4 : 403-410.
- DESAULNIERS, M.-P. (1994). « L'éducation sexuelle préventive du VIH-sida et les représentations sociales du corps et de la sexualité », dans N. Chevalier, J. Otis et M.-P. Desaulniers (dir.), *Éduquer pour prévenir le sida*, p. 251-262. Beauport : Publications MNH.
- DROLET, M. (1989). « Les jeunes, leur sexualité et la prévention du sida : une problématique et un défi social », *Service social*, vol. 38, n° 1 : 61-77.
- DUPRAS, A., J.J. LÉVY, J.-M. SAMSON et D. TESSIER (1989). *La sexualité des Montréalais et le sida*. Longueuil : Éditions I.R.I.S.
- DUPRAS, A. et R. MORISSET (1992). « Sexualité et séropositivité au VIH », *Frontières*, vol. 4, n° 3 : 47-49.
- DUPRAS, A. et H. DIONNE (1994). « Death Anxiety and Sexual Dysfunction among Gay Men ». Soumis pour publication.
- GAUDREAU, L., N. CHEVALIER, M. DUPONT et A. CARON (1994). « Les représentations sociales pour inspirer l'éducation en matière de prévention du sida », dans N. Chevalier, J. Otis et M.-P. Desaulniers (dir.), *Éduquer pour prévenir le sida*, p. 291-308. Beauport : Publications MNH.
- GOT, C. (1989). *Rapport sur le sida*. Paris : Flammarion.
- HOLLAND, J., C. RAMAZANOGLU, S. SCOTT, S. SHARPE et R. THOMSOM (1992). « Risk, Power and the Possibility of Pleasure : Young Women and Safer Sex », *AIDS Care*, vol. 4, n° 3 : 273-283.
- JANZ, N.K., et M.H. BECKER (1984). « The Health Belief Model : A Decade Later », *Health Education Quarterly*, vol. 11 : 1-47.
- JOSEPH, J., R.C. KESSLER, C.B. WORTMAN, J.P. KIRSCHT, M. TAL, S. CAUMARTIN, S. ESHLEMAN et M. ELLER (1989). « Are there Psychological Costs Associated with Changes in Behavior to Reduce AIDS Risk ? », dans V.M. Mays, G.W. Albee et S.F. Schneider (dir.), *Primary Prevention of AIDS*, p. 209-224. Londres : Sage Publications.
- KIRBY, D., L. SHORT, J. COLLINS, D. RUGG, L. KOLBE, M. HOWARD, B. MILLER, F. SONENSTEIN et L.S. ZABIN (1994). « School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors », *Public Health Reports*, vol. 109, n° 3 : 339-360.
- KRAFT, P. et J. RISE (1994). « The Relationship between Sensation Seeking and Smoking, Alcohol Consumption and Sexual Behavior among Norwegian Adolescents », *Health Education Research*, vol. 9, n° 2 : 193-200.
- LEVINE, O.H., P.J. BRITTON, T.C. JAMES, A.P. JACKSON, S.E. HOBFOLL et J.P. LAVIN (1993). « The Empowerment of Women : A Key to HIV Prevention », *Journal of Community Psychology*, vol. 21, n° 4 : 320-334.

- LÉVY, J.J., A. DUPRAS, J.-M. SAMSON et P. CAPPON (1993). *Facteurs de risque face au sida et comportements sexuels des étudiant(e)s universitaires*. Montréal : Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.
- MANN, J.M. et K. KAY (1988). *Sida, discrimination et santé publique*. Communication à la IV^e Conférence internationale sur le sida, Stockholm.
- MANN, J.M., D.J.M. TARANTOLA et T.W. NETTER (1992). *AIDS in the World*. Cambridge (Mass.) : Harvard University Press.
- MOATTI, J.P., N. BELTZER et W. DAB (1993). « Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : une conception trop étroite de la rationalité », *Population*, vol. 48, n° 5 : 1505-1534.
- MORIN, E. (1976). « Pour une crisologie », *Communications*, n° 25 : 149-163.
- MYERS, T., G. GODIN, L. CALZAVARA, J. LAMBERT et D. LOCKER (1993). *L'enquête canadienne sur l'infection à VIH menée auprès des hommes gais et bisexuels : au masculin*. Ottawa : Société canadienne sur le sida.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1975). *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*. Genève : OMS. Rapport technique n° 572.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1989). *Rapport de la Commission mondiale du Sida : première réunion*. Genève : OMS.
- PIVNICK, A. (1993). « HIV Infection and the Meaning of Condoms », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 17, n° 4 : 431-453.
- POLLAK, M. (1989). « Les homos et le sida. Un nouvel art d'aimer », *Gai Pied Hebdo*, n° 395 : 52-55.
- SAMSON, J.-M. (1981). « Problématique de la sexualité et de son éducation », dans C. Crépault, J.J. Lévy et H. Gratton (dir.), *Sexologie contemporaine*, p. 377-401. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- SANTÉ QUÉBEC (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans*. Québec : Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- SIMON, W. et J.H. GAGNON (1986). « Sexual Scripts : Permanence and Change », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 15, n° 2 : 97-120.
- STEIN, J.A., M.D. NEWCOMB et P.M. BENTLER (1994). « Psychosocial Correlates and Predictors of AIDS Risk Behaviors, Abortion, and Drug Use Among a Community Sample of Young Adult Women », *Health Psychology*, vol. 13, n° 4 : 308-318.
- THABET, C., J. OTIS et A. DUPRAS (1994). « Les croyances des jeunes à l'égard de l'utilisation du distributeur de préservatifs à l'école : utilité de la théorie sociale cognitive ». Soumis pour publication.
- UITENBROEK, D.G. (1994). « The Relationships between Sexual Behaviour and Health Lifestyle », *AIDS Care*, vol. 6, n° 2 : 237-246.

- VERMETTE, G., L. ROY et M. BILODEAU (1991). *Impact de l'implantation des distributrices à condoms au Cégep Lévis-Lauzon*. Lévis : Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, Département de santé communautaire.
- VISSER, A.P. et P. VAN BILSEN (1994). « Effectiveness of Sex Education Provided to Adolescents », *Patient Education and Counseling*, vol. 23, n° 3 : 147-160.
- WHITEHEAD, B.D. (1994). « The Failure of Sex Education », *The Atlantic Monthly* (octobre), p. 55-80.